ESSAI

SUR

L'EXOSTOSE.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 20 Mai 1837,

par

ANTOINE-VICTOR GILLOT,
d'AUBERIVE (Haute-Marne),

Bachelier ès-Sciences, Ancien élève de l'Hôtel-Dieu de Paris, Chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Bayonne;

POUR OBTENIR LE GRADE

DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Πρωτὸν μεν παντος φυσιν ανθρωπου γνωναι και διαγνωναι.
ΗΠΠΟΚΡ.

MONTPELLIER,
JEAN MARTEL AINE, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue de la Préfecture, 10.
1837.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Tribut d'amour filial.

A Monsieur C. DE VANDEUL,

Membre de la Chambre des Députés.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

A.-V. GILLOT.

ESSAI

SUR

L'EXOSTOSE.

I. Quand on compare la somme de vitalité répartie aux divers organes dont se compose l'économie humaine, l'on reconnaît facilement qu'à l'exception de l'épiderme, des ongles, des poils, des tendons et des aponévroses, les os sont ceux qui en ont la plus faible part. Réduite ou comme enchaînée par la grande quantité de matière saline qui encroûte et rend plus compacte leur trame organique aréolaire, la vie dont ils jouissent se montre moins énergiquement que dans les parties molles; leur sensibilité paraît nulle dans l'état hygide; leurs facultés plastiques et nutritives s'exercent avec une telle lenteur, qu'ils sont les derniers à parvenir au terme complet de l'organisation; leur résistance vitale est plus facilement vaincue; leurs sympathies actives et passives sont plus bornées.

Mais combien de changements dans leur manière d'être les solides osseux ne sont-ils pas exposés à subir en raison d'une foule d'états

pathologiques? Qui ne sait que l'inflammation, la syphilis, le cancer, et plusieurs autres affections morbides peuvent les rendre aussi sensibles que la partie la plus riche en tissu nerveux? Qui n'a observé l'accroissement excessif de leur plasticité dans la formation du cal, des exostoses, etc.? Qui n'a eu lieu de voir que, sous l'influence de certaines affections, ils se ramollissent, sous d'autres ils deviennent plus fragiles, sous quelques-unes ils se raréfient, sous plusieurs ils tombent en mortification, sous quelques autres ils s'atrophient, enfin, qu'ils offrent en maintes occasions une foule de maladies analogues (aux différences près dépendant de leur structure et de leurs usages) à celles de beaucoup d'organes très-sensibles et d'une texture fort délicate (1)? En considérant de pareilles aptitudes, et, d'autre part, en examinant les nombreux services des diverses pièces du squelette, soit comme instruments essentiels de la mécanique animale, soit comme agents sustentateurs ou protecteurs des organes les plus nécessaires à l'existence, soit encore comme formant la base inébranlable de toute la machine, comme facilitant la marche de beaucoup de vaisseaux et de nerfs, etc., peut-on s'étonner que peu de sujets aient fixé l'attention des médecins d'une manière plus spéciale que la pathologie et l'anatomie morbide des os? J.-L. Petit, Duverney, Boyer, Scarpa en ont fait l'objet d'ouvrages *ex professo*. Sandifort, Rosenmuller ont écrit sur les vices de conformation primitifs du système osseux. Reichel publia en 1769 une excellente monographie sur le décollement des épiphyses. Boehmer, Haller, Duhamel, Camper, Hunter, Béclard, Delpech, Dupuytren, M. Breschet ont cherché à soulever le voile qui couvre le mécanisme de la formation du cal. Wardrop, Salzmann, Home, Langenbeck ont décrit les articulations provenant de fractures mal réduites et non contenues. Chopart, Louis, Troja, David, Russel, Charmeil, Woigtel se sont occupés de la nécrose et de la régénération qui l'accompagne et lui succède. Des renseignements précieux sur le rachitis, le spina-ventosa, l'ostéo-sarcome ont été fournis par

(1) C'est à raison de cette analogie que Boërhaave a dit : *Ipsa ossa, morbos similes iis quos molliores partes, patiuntur.*

Ackermann, Glisson, Trnka, Portal, Wilson, le docteur Augustin de Halles, Brodie et Plenck. L'histoire des tumeurs blanches scrophuleuses s'est agrandie des travaux de Rust et Delpech. Houstet (1), Matani (2), Bordenave (3), Haller (4), M. Ribell (5), tous les auteurs de traités des maladies en général et de celles des os en particulier, nous ont transmis des documents plus ou moins dignes d'intérêt sur l'exostose. Que n'a-t-on pas écrit sur une foule d'autres dégradations osseuses, notamment sur la carie, bien qu'il nous manque encore, suivant la remarque de Samuel Cooper, une bonne monographie de cette dernière?

Après une longue incertitude sur le choix d'un sujet académique, je me suis décidé pour l'exostose, non pas dans la prétention de rien dire de neuf, mais parce qu'elle s'est présentée plusieurs fois à mon observation, et qu'elle a fait naître dans mon esprit quelques doutes qu'une étude plus approfondie pouvait seule éclaircir.

II. Définition. Pris dans le sens le plus étendu, le mot *exostose*, dérivé de εξ, hors, et οστέον, os, peut, à la rigueur, s'appliquer à toute intumescence des pièces osseuses ; mais comme cette acception embrasse plusieurs maladies différentes les unes des autres, telles que le spina-ventosa, l'ostéo-sarcome, le fungus articulaire, certains kystes, etc., il nous paraît indispensable, afin d'éviter une telle confusion, de donner au terme *exostose* une signification plus restreinte. En conséquence, nous l'emploierons seulement pour désigner une tumeur produite par la sécrétion excessive de matière osseuse dans quelque portion ou dans la totalité d'un os, soit sous l'influence d'une inflammation ou d'une réaction locale, soit, ce qui est bien plus ordinaire, sous celle d'une disposition spéciale, d'une affection ostéogénique, tantôt simple, tantôt compliquée.

---

(1) Mém. de l'Acad. de chir., tom. III.

(2) *De osseis tumoribus.*

(3) Mém. sur les exostoses de la mâchoire inférieure.

(4) *Collect. dissert. chirurg.* in-4°.

(5) Thèse sur les exostoses, Paris 1823.

III. Historique. L'époque à laquelle l'exostose a fixé pour la première fois l'attention des observateurs est couverte de beaucoup d'incertitude. S'il fallait en croire quelques écrivains, Heyne entre autres (1), on ne l'aurait connue qu'après l'apparition de la syphilis en Europe. Mercklin (2) pense, au contraire, d'après divers passages d'Hippocrate, de Galien et de Celse, que ces illustres médecins en avaient connaissance. Peyrilhe (3), modifiant cette dernière opinion, prétend que, dans l'antiquité, on avait pu méconnaître l'exostose vraie, mais que bien certainement on avait décrit celle que quelques personnes appellent fausse et caverneuse. M. Cullerier (4) cite, contre l'assertion de Heyne, un fragment d'Héliodore, médecin qui vivait au commencement de 2e siècle. « Il survient, est-il dit dans ce fragment, des excroissances à tous les os du corps, mais le plus souvent à ceux de la tête et surtout aux environs des tempes. On a coutume d'appeler *cornes* ces sortes d'excroissances, quand elles occupent les parties latérales du front. Ce vice est facile à reconnaître, car il consiste en une tumeur immobile, rénitente et paraissant faire partie de l'os d'où elle pullule. »

Nous laissons à d'autres plus érudits le soin de décider entre ces écrivains. D'ailleurs des recherches de ce genre, très-intéressantes sous le rapport de l'histoire de l'art, ne sauraient être pour nous d'aucune utilité directe. Ce qu'il y a de positif, c'est que l'exostose a été plus fréquente depuis le 15e siècle, époque de l'invasion de la maladie vénérienne, qu'auparavant, et que dès-lors elle a dû nécessairement être mieux étudiée. Ce qu'il y a de positif encore, c'est que, si l'on a fait quelques progrès dans son étude, ils ont été secondés par ceux de la chirurgie, de l'anatomie pathologique et des autres branches de la médecine.

Quelques auteurs modernes, notamment MM. Roche et Sanson,

---

(1) *Lib. de morbis ossium.*

(2) *In notis ad pand.*

(3) Hist. de la chirurg., tom. II.

(4) Dict. des sciences médicales, art. *Exostose.*

considérant l'exostose soit comme un symptôme, soit comme un effet de l'ostéite, et la comparant à la tuméfaction phlegmoneuse ou à l'induration, ne l'ont pas décrite comme une maladie particulière ; ils n'en ont parlé qu'à l'occasion de l'inflammation des os. Nous n'imiterons pas un pareil exemple, attendu 1° que, bien que l'exostose soit le plus souvent symptomatique d'une affection morbide, elle a cela de commun avec toutes les maladies qui ne sont que des modes expressifs ou pathognomoniques ; 2° que tout symptôme mérite le nom de maladie, quand il est assez majeur ou assez important pour donner lieu lui-même à d'autres symptômes, ou pour mériter d'être l'objet de quelque indication particulière ; 3° que, si l'on refusait de mettre l'exostose au rang des maladies, à cause de sa fréquente, nous dirons même si l'on veut, de sa constante subordination à une cause intérieure, le même motif devrait faire considérer comme symptomatiques toutes les espèces d'ulcères, de caries, de lésions organiques, de fièvres, d'hydropisies, en un mot, tous les groupes de phénomènes morbides connus.

Que l'exostose coexiste très-souvent avec l'ostéite, et en soit quelquefois le résultat, c'est une opinion que nous admettons sans peine ; mais ce qui nous semblerait être en opposition avec les données que nous possédons sur la pathogénie de l'exostose, ce serait de la considérer, dans tous les cas, comme le symptôme d'une inflammation purement phlegmoneuse ou idiopathique d'un os. Le plus souvent en effet, elle tient à un état morbide spécial, et conséquemment l'on doit la regarder comme une maladie réelle, c'est-à-dire comme le mode expressif, ou la manifestation d'une affection particulière, tantôt spontanée, tantôt provoquée ou compliquée.

IV. Divisions. L'exostose a été divisée par quelques auteurs en vraie et fausse. Ils ont donné la première qualification à l'exostose dont il s'agit ici, et la seconde à des maladies osseuses qui diffèrent de l'exostose par leur nature et par leur siége, savoir : l'ostéo-sarcome, le spina-ventosa, certaines tumeurs blanches et la périostose. Pour que cette division fût admissible, il faudrait que ces maladies méritassent d'être classées parmi les exostoses ; mais, comme elles en sont très-distinctes,

nous ne saurions leur conserver une dénomination dont le vice est démontré par l'adjonction même qui lui sert d'épithète.

Houstet, dans son excellent mémoire sur les os cylindriques, en admet trois espèces, relativement à la différence de siége. Dans la première, la tuméfaction commence à la surface du canal médullaire; dans la seconde, au milieu du parenchyme osseux, ou dans les canaux d'Howsip; dans la troisième, à la surface de l'os, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du périoste. Cette division, quoique peu utile sous le point de vue du traitement, l'est assez sous celui de l'anatomie pathologique pour devoir être conservée.

Par rapport à la marche que l'exostose peut affecter, on la distingue en aiguë et chronique. L'acuité n'a presque jamais lieu à l'état simple; on l'observe le plus communément dans l'exostose compliquée de scrophules, de syphilis, de médullite, de spina-ventosa, etc., exostose que plusieurs auteurs ont décrite sous le nom de *laminée*, et Boyer sous celui de *celluleuse*.

Eu égard à la nature des causes qui déterminent ou font développer l'affection ostéogénique, on distingue aussi l'exostose en syphilitique, scrophuleuse, scorbutique, etc.

On la nomme spontanée, lorsqu'elle paraît sous la seule influence de l'état morbide, auquel est due la sécrétion trop abondante de matière osseuse dans le point malade.

Elle est appelée traumatique ou réactive, soit qu'elle provienne uniquement de l'ostéite, qui a été produite elle-même par une violence extérieure ou par un agent physique quelconque, soit qu'elle résulte de l'action combinée d'une inflammation idiopathique et d'une disposition vitale particulière.

Elle prend le nom d'hyperostose, quand elle envahit la totalité de l'os malade, et conserve celui d'exostose proprement dite, quand elle se détache d'un point de sa surface.

Enfin, l'exostose est dite idiopathique, quand elle tient à une cause purement réactive; symptomatique, lorsqu'elle est subordonnée à toute autre affection qu'à l'affection ostéogénique; essentielle, quand elle est sous l'unique dépendance de cette dernière.

V. Étiologie. Les causes de l'exostose sont externes ou locales, et internes ou générales.

1° *Causes extérieures.* Les seules causes de ce genre, qui puissent faire développer une exostose, sont les contusions, les plaies et toutes les lésions des os suivies d'inflammation, ou d'un dérangement dans la sécrétion et la distribution de la matière osseuse. Sabatier pense, avec plusieurs autres auteurs, que les causes physiques ne sont jamais suffisantes pour la production de l'exostose, qu'elles sont toujours nulles sans une prédisposition particulière de l'individu, et qu'ainsi leur action se borne tout simplement à être provocatrice. Sans doute, c'est bien ainsi qu'elles agissent le plus souvent; mais n'est-on pas fondé à les regarder comme les sources véritables de l'exostose, dans les cas où celle-ci succède plus ou moins immédiatement à l'atteinte qu'elles ont portée à un os, sans qu'il soit possible de reconnaître ou de supposer l'intervention d'un état pathologique général? Qui oserait prétendre que le gonflement dans un phlegmon, et l'induration à la suite d'une inflammation chronique, ne pourraient avoir lieu qu'au moyen d'une diathèse? « L'exostose, dit M. Richerand, appartient toujours à des causes spécifiques; elle peut néanmoins dépendre d'une irritation locale et se rapporter alors aux inflammations idiopathiques: telles sont les exostoses, à la vérité fort rares, qui surviennent à l'occasion d'un coup, d'une chute, où le tissu osseux a souffert une contusion plus ou moins considérable, mais qui n'a pas été portée jusqu'à sa désorganisation?» Si l'on nous demande pourquoi la dénudation d'un os et l'ostéite produisent encore plus souvent la nécrose que l'intumescence exostosique, nous répondrons que ces différents résultats tiennent, quant à l'inflammation, à sa plus ou moins grande intensité, et, quant à la destruction du périoste, à la plus ou moins grande étendue de cette destruction. Du reste, nous devons remarquer aussi que le peu de vitalité des os les dispose bien plus facilement à être frappés de mort après une contusion, qu'à devenir le siége d'un travail vraiment inflammatoire.

2° *Causes intérieures.* Celles que l'on doit considérer comme les plus évidentes et les plus communes, sont: la syphilis, les scrophules,

le scorbut et surtout l'affection ou diathèse ostéogénique (1). Plusieurs médecins rangent aussi parmi ces causes l'affection cancéreuse ; mais nous n'avons pas cru devoir les imiter, attendu que, lorsque cette affection se manifeste sur les os, c'est par le spina-ventosa ou l'ostéo-sarcome, et non par une véritable exostose.

De toutes les causes déterminantes connues, la syphilis est sans contredit l'une des plus fréquentes. L'exostose vénérienne est constamment un symptôme consécutif, et ne survient qu'à une époque fort avancée de la maladie syphilitique. Elle peut attaquer tous les tempéraments, tous les âges : M. Cullerier en a vu une sur le tibia d'un enfant d'un an.

Quand l'affection scrophuleuse porte son action sur les os, elle y fait développer ordinairement des tubercules et une ostéite qui a pour résultat l'accroissement de la matière osseuse autour de ces produits de nouvelle formation. « Quelquefois, dit M. Léon Boyer (2), les lamelles, déjetées par les tubercules, s'hypertrophient, au lieu de devenir plus minces. » Les intumescences dues à cette affection, quand elles constituent des exostoses articulaires, sont nommées indifféremment tumeurs froides, tumeurs blanches scrophuleuses. Les maladies de ce genre ne sont pas rares dans les lieux bas et humides, dans les pays où les écrouelles sont fréquentes, dans les quartiers resserrés des grandes villes. L'âge tendre, le tempérament lymphatique, une nourriture peu réparatrice, la respiration habituelle d'un air malsain, une mauvaise sanguification, sont autant de conditions favorables à leur production.

Le scorbut a paru, dans quelques cas très-rares, il est vrai, propre à donner naissance à des exostoses. J.-L. Petit en cite trois exemples tirés d'un hôpital qui contenait habituellement quatre à cinq cents scorbutiques ; M. Cullerier rapporte en avoir observé deux cas à Bicêtre, parmi les prisonniers et les vieillards ; M. Millière dit aussi, dans une thèse soutenue à Paris en 1814, en avoir recueilli deux observations.

---

(1) Mém. de M. le docteur Künhohltz sur la diathèse osseuse. Montpellier 1834.

(2) Anatomie pathologique du système osseux.

Néanmoins, comme l'on ne peut affirmer que, dans les faits qui viennent d'être cités, le scorbut, au lieu d'être la cause de la tuméfaction des os, n'en a pas été simplement une complication ou une coïncidence, il est permis de douter, jusqu'à preuve plus évidente du contraire, de l'existence des exostoses scorbutiques.

Même réserve nous est imposée relativement au rhumatisme et à la goutte, à moins que l'on ne veuille considérer comme des espèces d'exostoses, la tumeur blanche rhumatismale et les tumeurs formées par les tophus articulaires.

Si, dans beaucoup de circonstances, l'exostose est liée à un état inflammatoire, à la syphilis et aux scrophules, à titre de symptôme ou de complication, il en est un grand nombre d'autres dans lesquelles on la voit apparaître sans que l'on puisse en accuser ni réaction, ni syphilis, ni scrophules, ni enfin aucune autre cause intérieure qu'une affection dont le caractère spécial est l'hypertrophie d'un os, ou la création d'une plus grande quantité de matière osseuse que dans l'état normal. C'est cette affection que nous avons déjà désignée plusieurs fois sous le nom d'ostéogénique.

Il n'est pas douteux que Boyer n'ait vu des faits appartenant à une aptitude pareille, d'après le passage suivant que nous trouvons dans son article sur l'exostose: « On a observé, dit-il, une augmentation considérable du volume et de la densité de tous les os d'un même sujet, qui doit être rapportée probablement à cette espèce d'affection.

D'après M. le docteur Ribell (1), le célèbre Dupuytren ayant observé un grand nombre d'exostoses, qu'on ne pouvait attribuer d'une manière certaine à aucune cause généralement admise, pensait que ces sortes d'altérations dépendaient d'un changement survenu dans la nutrition des os, d'une aberration dans la distribution du suc osseux. Il comparait ces tumeurs anormales aux bosses noueuses que l'on voit survenir sur certains arbres, par défaut de régularité dans la nutrition et la distribution de la sève.

Etant attaché au service de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de

(1) Ouvr. cit., pag. 8.

Paris, j'eus l'occasion d'observer, à la fin de 1830, un cas remarquable d'exostose auquel cette explication seule me paraît applicable. Une femme âgée de 25 ans, n'étant pas réglée et ne l'ayant jamais été, d'une constitution tout-à- fait détériorée, semblant arrivée à un degré de marasme déjà fort avancé, présentait des tumeurs sur presque tous les os du crâne, sur le sternum, sur l'un des humérus, sur les os des deux avant-bras et sur les deux tibias. Toutes ces tumeurs étaient excessivement douloureuses, et le moindre contact arrachait des cris à la malade. Interrogée sur l'époque à laquelle elles avaient commencé à se manifester, elle répondit qu'elle les avait toujours portées et qu'elle en avait toujours souffert, mais que depuis quelques mois seulement les douleurs étaient devenues intolérables. Cette malade avait-elle jamais été atteinte d'affection vénérienne? Rien ne portait à le croire : interrogée sur ce point, elle ne comprenait pas même les questions que Dupuytren lui adressait sous différentes formes. La mort ne tarda pas à venir mettre fin aux souffrances qui pour cette malheureuse avaient commencé avec la vie, et l'autopsie, curieuse d'ailleurs sous le point de vue de l'anatomie pathologique, ne put rien révéler sur la cause de l'affection à laquelle la malade avait succombé ; elle prouva seulement qu'il n'y avait jamais eu infection syphilitique par voie directe: la membrane hymen était intacte. Ainsi, dans ce cas, si l'on persistait à croire que ces exostoses nombreuses développées sur le même sujet fussent vénériennes, il fallait admettre d'abord que l'infection lui avait été communiquée dans le sein même de sa mère, c'est-à-dire qu'elle était héréditaire, et en second lieu qu'elle ne s'était jamais traduite par d'autre symptôme que par l'intumescence des os. Cette supposition ne me paraissait guère admissible ; je regrettais de ne pas avoir entendu Dupuytren émettre son avis sur la cause probable de cette maladie osseuse, et je restais dans le doute jusqu'à ce que je trouvai formulée, dans la thèse de M. Ribell, l'opinion de Dupuytren lui-même sur la cause des exostoses semblables à celles du sujet dont je viens de rapporter l'histoire. J'ajouterai que cette observation me paraît démontrer que cette aberration dans la nutrition des os, qui se manifeste le plus souvent après leur complet développement, peut avoir

lieu pendant la vie intra-utérine, à l'époque de leur première formation.

L'une des observations les plus concluantes pour l'admission de l'affection ostéogénique, est celle que Sancerotte a publiée dans ses Mélanges de chirurgie, et que nous citons, d'après M. le docteur Künhohltz. « Le sujet de cette observation, âgé de 39 ans, s'était aperçu que, depuis six ans, tous les os de son corps, à l'exception peut-être de ses dents, grossissaient peu à peu sans s'allonger. Dans cet espace de temps, ses os, auparavant grêles et minces, avaient grossi du double, en acquérant une sorte d'embonpoint contre-nature, qui semblait se faire aux dépens des parties molles. L'accroissement en épaisseur des os du crâne, des parois orbitaires et de la mâchoire inférieure était cause que ce malade avait besoin de chapeaux faits exprès pour lui, que ses yeux faisaient une saillie considérable, et que le menton était si fort en avant que les dents incisives du bas débordaient celles du haut de l'épaisseur d'un doigt. Les côtes avaient un pouce et demi de largeur, et paraissaient même en quelques endroits déborder les unes sur les autres. En deux mots, les membres semblaient en quelque sorte des sacs de peau pleins de matière osseuse..... Vers la fin de la maladie, il était toujours assoupi, sans doute à cause de la compression du cerveau par l'épaississement des os du crâne..... Cet individu n'avait jamais présenté le moindre symptôme qui pût faire soupçonner ni vice vénérien, ni vice scrophuleux, ni tout autre vice pathologique appréciable..... On lui fit prendre toutes sortes de remèdes altérants et évacuants, sans pouvoir détourner les sucs nourriciers de se porter aux os plutôt qu'aux chairs. »

Un médecin que nous citions tout-à-l'heure, M. Ribell, a, dans sa thèse sur les exostoses, tracé d'une manière très-détaillée l'histoire d'une intumescence de tous les os du crâne et de la face. Le poids de la tête exostosée était, assure-t-il, de huit livres trois onces; la mâchoire inférieure à elle seule pesait trois livres et demie.

Le même M. Ribell fait mention d'un cas, d'après lequel il paraîtrait que l'affection ostéogénique peut être héréditaire. « Je pourrais, dit-il, placer ici l'observation très-curieuse d'un malade affecté d'exostoses héréditaires multiples, lequel passa la plus grande partie de l'année

1820 dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Pendant son séjour à l'hôpital, et depuis sa sortie, on a eu l'occasion de s'assurer que, dans sa famille, les exostoses se transmettaient de génération en génération du côté maternel. »

Ces faits, et beaucoup d'autres que le manque d'espace ne nous permet pas de rappeler, prouvent que l'affection ostéogénique peut, sans aucune provocation morbide appréciable, suffire au développement d'un grand nombre d'exostoses. Quant aux tumeurs osseuses vénériennes et scrophuleuses, il est vraisemblable que, dans presque toutes, la syphilis et les scrophules sont plutôt des causes coopératrices ou des complications de l'affection ostéogénique, que les causes réelles de l'accroissement anormal d'un ou de plusieurs os. Toutefois, malgré cette vraisemblance même, les affections scrophuleuse et vénérienne ne forment pas moins la base du traitement, attendu que nous ne connaissons pas de spécifique contre l'état ultra-générateur de la matière osseuse.

Bien que nous ayons admis la possibilité des exostoses par des causes purement locales, nous pensons que, dans la plupart des cas, ces causes seraient nulles sans le concours de l'affection ostéogénique : « La facilité avec laquelle les tumeurs osseuses se forment chez quelques personnes, dit Samuel Cooper (1), est une chose aussi curieuse que remarquable ; elle fait présumer que les causes constitutionnelles jouent un grand rôle en pareil cas. Ainsi, il est tel coup qui, chez le plus grand nombre de personnes, serait à peine senti, et qui produira chez d'autres le gonflement de l'os qui a reçu le choc..... Je me rappelle que, dans ses cours, Abernethy disait avoir vu un jeune garçon de Cornwal, qui était tellement prédisposé aux exostoses ou au développement excessif de matière osseuse, que le moindre coup déterminait une tumeur de cette nature, quelque fût l'os de son corps que l'on touchât. Chez cet individu, le ligament cervical était ossifié et empêchait les mouvements du cou. Les ligaments de l'articulation scapulo-humérale étaient de même ossifiés, de sorte qu'il était comme

(1) Dictionnaire de chirurgie pratique, art. *Exostose.*

s'il avait eu les bras entièrement liés. Il portait en outre un grand nombre d'autres exostoses sur différentes parties du corps. »

L'affection ostéogénique spontanée peut se manifester dans tous les os sans exception ; néanmoins elle se montre plus fréquemment dans ceux du crâne, à la mâchoire inférieure, au sternum, à l'humérus, au radius, au cubitus, aux os du carpe, et particulièrement au fémur et au tibia.

VI. Symptomatologie. La marche de l'exostose n'est pas exactement la même dans toutes les variétés, dans tous les os et dans tous les points d'un même os. Néanmoins, quelle qu'en soit l'espèce, on la distingue de toutes les tumeurs des parties molles, par sa situation sur un os avec lequel elle fait corps de manière qu'elle est immobile, par la lenteur relative de ses progrès et par sa dureté. Quand une exostose est superficielle et peu volumineuse, elle affecte à peine les organes environnants ; dans les cas contraires, elle peut produire en eux, directement ou indirectement, divers désordres, et en troubler ou détruire les fonctions.

L'exostose idiopathique se distingue de toutes les autres par la contusion dont elle est la suite, par son peu d'étendue, sa délimitation à un seul os, et l'absence de symptômes vénériens et scrophuleux. Elle est ordinairement précédée et accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la partie malade, et d'une douleur obtuse qui se développe surtout lorsque cette partie éprouve quelque commotion. Il se peut que ce dernier symptôme dépende quelquefois de ce que la membrane médullaire participe à l'irritation du tissu même de l'os ; mais il est probable aussi qu'il résulte, dans beaucoup de cas, du travail intime qu'exige le surcroît de sécrétion de la matière osseuse.

L'exostose syphilitique se reconnaît à la coïncidence de la tumeur osseuse avec la syphilis dont elle est un des derniers symptômes. Elle s'accompagne de deux sortes de douleurs : l'une extérieure, qui semble provenir du tiraillement des parties molles ou de leur irritation sympathique ; l'autre, que les malades rapportent à l'intérieur de l'os lui-même, et que l'on appelle ostéocope : celle-ci est plus vive la nuit que le jour. Quand cette exostose se complique de périostite, ce qui

arrive assez fréquemment, la tumeur est moins rénitente au centre qu'à la circonférence. Les os qu'elle attaque préférablement sont : le tibia à sa crête antérieure et à son côté interne, la partie inférieure du péroné, les os du palais, le vomer, les os propres du nez. Celle qui a son siége aux os du crâne, attaque plutôt la table externe que l'interne ; cependant les exostoses de celle-ci ont été observées : elles font le sujet d'une dissertation latine soutenue à Strasbourg, en 1730 (1) ; Swédiaur, Boyer, M. Cullerier et plusieurs autres médecins en rapportent des exemples. On sent combien sont graves ces sortes d'exostoses, par rapport à la compression qu'elles exercent sur le cerveau ; elles donnent lieu à des maux de tête insupportables, à la surdité, aux amauroses, et peuvent produire une foule d'autres maladies, telles que des convulsions, le tétanos, l'hémiplégie, etc.

L'exostose scrophuleuse offre la réunion des symptômes d'une tumeur osseuse et ceux qui sont propres à l'état strumeux. Elle se montre le plus souvent aux extrémités des os longs, sur les os courts, rarement dans la partie moyenne des premiers, plus rarement encore sur les os plats. Les douleurs qui la précèdent ou l'accompagnent sont très-légères, quelquefois même nulles. Lorsque le gonflement se trouve peu éloigné de la peau, celle-ci est amincie, luisante et comme variqueuse.

L'exostose scorbutique se fait remarquer par la coexistence du gonflement d'un ou de plusieurs os avec divers symptômes propres au scorbut.

L'exostose due uniquement à l'affection ostéogénique, se distingue par le développement spontané de l'intumescence osseuse chez un sujet sain. On est encore bien plus assuré de l'existence de cette affection, lorsque l'exostose s'établit simultanément ou successivement sur différents os.

L'exostose que l'on nomme éburnée, à cause de son extrême dureté, appartient soit à l'ostéite réactive dont elle peut être une terminaison,

---

(1) Cette dissertation, soutenue par un candidat appelé J. Caspart, est intitulée : *Dissert. de exostosi cranii interiore.*

soit à l'affection ostéogénique spontanée ou provoquée. Elle s'accroît, suivant la remarque de Boyer, plus lentement que les autres espèces d'intumescences osseuses, et quoiqu'elle parvienne quelquefois à un volume considérable, son accroissement n'est accompagné d'aucune sensibilité particulière et d'aucun trouble dans l'économie animale.

Dans les cas assez rares où l'exostose affecte une marche aiguë, la membrane médullaire devient le siége, non d'une simple irritation, comme dans un grand nombre de tumeurs des os, mais d'une inflammation qui se rapproche beaucoup par son intensité de certaines phlegmasies aiguës des parties molles. La médullite s'établit plus facilement dans la membrane extrêmement fine qui tapisse la surface des aréoles de la substance spongieuse, que dans celle du canal cylindrique des os longs, et surtout que dans celle des canaux d'Howsip, vraisemblablement parce qu'elle est plus vasculaire et plus nerveuse que ces dernières. Cette inflammation est presque toujours scrophuleuse ou syphilitique. On l'observe aussi dans les complications de l'exostose avec le spina-ventosa, l'ostéo-sarcome, les kystes hydatiques et fibreux développés dans le tissu osseux, etc. La douleur qui a lieu avant et pendant la tuméfaction de l'os, est quelquefois assez forte pour être accompagnée de fièvre et de mouvements fluxionnaires actifs vers le point malade.

VII. Terminaisons. L'exostose peut se terminer par résolution, par ulcération, par *éburnification* et par nécrose. La vraie suppuration, c'est-à-dire la sécrétion d'une matière blanche, homogène, analogue à la crême par sa consistance, ne s'établit jamais dans le tissu osseux : aussi un ancien auteur a-t-il dit que les os *ne savaient pas* suppurer.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais en même temps la plus rare, surtout quand l'exostose est scrophuleuse, ou subordonnée à une affection ostéogénique invétérée. Cette terminaison a lieu dans les exostoses idiopathiques, spontanément, ou lorsque la tumeur est traitée peu de temps après son apparition. Elle a lieu aussi dans quelques exostoses vénériennes récentes, et lorsque l'affection syphilitique n'a pas été aggravée par des traitements vicieux ou par certaines complications.

La terminaison par ulcération ou par carie ne s'observe jamais

que dans les exostoses scrophuleuses et syphilitiques aiguës, plus particulièrement dans celles qui attaquent les os courts ou les parties spongieuses des os longs. Elle est toujours précédée de douleurs plus ou moins vives et fixées dans le point de l'os qui est gonflé; le pouls devient fort et fréquent; bientôt les parties molles qui recouvrent la tumeur s'enflamment, la peau prend une teinte bleuâtre ou d'un rouge plus ou moins foncé, et se détruit enfin pour faire place à un ulcère dont le fond est formé par des chairs fongueuses et livides, adhérentes à l'os malade, et qui fournissent une matière sanieuse d'une fétidité particulière. Un stylet introduit à travers ces chairs pénètre jusque dans la substance de l'os qui se laisse traverser, soit à la manière des fungus, soit en faisant éprouver la sensation d'une multitude de petites fractures produites par l'extrémité de l'instrument explorateur.

La terminaison par *éburnification* est très-ordinaire dans les exostoses chroniques spontanées, dans les idiopathiques, dans celles qui, après avoir été déterminées par la syphilis, ont cessé de s'accroître et sont devenues stationnaires aussitôt que cette affection a eu cédé à un traitement anti-vénérien. L'exostose devenue éburnée a pour caractères son indolence et son incurabilité par résolution. Elle ne cause aucune incommodité, pourvu qu'elle soit placée de manière à ne pas gêner les fonctions de quelques organes essentiels à la vie.

La terminaison par nécrose a été observée quelquefois, surtout dans l'exostose dure et stalactiforme. « On a vu, dit Boyer, des tumeurs de ce genre, après avoir acquis un développement considérable, être frappées de mortification, séparées de l'os qui leur servait de base, et entourées d'une reproduction en tout semblable à celle dont la nature environne les séquestres formés immédiatement dans toute autre circonstance. Cette terminaison, certainement la plus heureuse de toutes, parce que la nature y procède lentement et sans secousse violente, est malheureusement aussi la plus rare. L'art peut l'imiter, mais ses moyens sont bien inférieurs à ceux de la nature. »

VIII. Diagnostic différentiel. On distingue l'exostose de la périostose : 1° en ce que celle-ci est molle, pâteuse dans plusieurs points, excepté à la circonférence qui offre constamment de la dureté; 2° en

ce qu'elle s'accroît plus rapidement ; 3° en ce qu'elle se termine souvent par suppuration, ou par abcès connus vulgairement sous le nom de *tumeurs gommeuses.*

Le spina-ventosa pourrait facilement être confondu avec l'exostose aiguë, si l'on ne savait: 1° qu'il se déclare par des douleurs profondes, lancinantes, ou comparables, suivant quelques auteurs, à celles qui résulteraient de l'action d'une épine, ou de tout autre instrument aigu, sur les tissus vivants; 2° qu'il se développe particulièrement dans le canal cylindrique des os longs, surtout près de leurs extrémités; 3° qu'aussitôt que la tumeur paraît, elle occupe toute l'épaisseur de l'os, est inégale et acquiert en peu de temps un volume énorme ; 4° que le poids de la partie malade n'est pas en rapport avec son extrême gonflement; 5° que, lorsque, par suite des progrès de la maladie, les parois amincies de la tumeur osseuse se sont ouvertes en divers points, que la peau ainsi que les parties molles correspondantes se sont abcédées, et qu'il s'est formé des trajets fistuleux, il découle de ceux-ci une matière ichoreuse très-fétide et pareille à celle de l'ichor cancéreux ; 6° que l'exostose à l'état aigu n'est jamais aussi durable que le spina-ventosa, et n'altère point l'économie ; 7° que la tumeur formée par ce dernier, offrant beaucoup moins de résistance que l'exostose, est exposée à être fracturée par des efforts bien légers, ainsi que Houstet en cite des exemples.

Produit, comme le spina-ventosa, par une affection cancéreuse (1), l'ostéo-sarcome se distingue aussi de l'exostose par des douleurs lancinantes, et de plus par une plus grande rapidité dans le développement de la tumeur, aussitôt que l'épaisseur de l'os a été traversée par la lésion organique. Il s'en distingue encore par une plus grande friabilité, et plus tard, lorsque le cancer a envahi les parties molles, par un écoulement ichoreux abondant.

Quand une exostose a son siége à la surface intérieure des parois

---

(1) L'ostéo-sarcome ne diffère du spina-ventosa qu'en ce que le tissu osseux, au milieu duquel il se forme, est moins raréfié, et que le cancer qui le constitue est plus fungoïde que cérébroïde. (Brodie, Abernethy, etc.)

d'une cavité, on peut aisément la confondre avec toute autre maladie : telle était, au rapport de M. Richerand, cette exostose du pubis, qui, développée au-dedans du bassin, comprimait le col de la vessie, et déterminait une rétention d'urine dont la cause ne fut reconnue qu'après la mort du malade ; telles sont encore les exostoses de la cavité orbitaire qui compriment l'œil, empêchent ses mouvements, tendent à le chasser de l'orbite, et peuvent être prises pour des kystes situés au fond de cette cavité ; telles sont les exostoses de la table interne du crâne, de la face interne des côtes, des os iliaques, etc. C'est en pareille circonstance qu'il convient d'avoir recours à la méthode d'exclusion, si l'analyse et l'induction ne suffisent point à faire connaître la véritable nature de la cause des symptômes.

IX. Pronostic. L'exostose la plus consistante, celle qui s'est développée lentement et sans causer de fortes douleurs, est la moins fâcheuse de toutes, surtout quand elle est située de manière à ne gêner aucun organe important, et qu'elle a cessé d'être compliquée ou entretenue par une affection générale. Il semble que l'éburnification peut s'opposer au développement ultérieur de l'intumescence osseuse, puisqu'on la voit souvent, quand elle est parvenue à un certain volume, devenir stationnaire et conserver le même état pendant le reste d'une vie très-longue, sans le moindre inconvénient.

Les exostoses qui, sans être précisément éburnées, sont fort solides et offrent encore les principaux caractères naturels de la trame osseuse, peuvent, comme le dit Boyer, après l'extinction de leurs causes affectives ou déterminantes par les forces de la nature ou par les procédés de l'art, subir une légère réduction, une sorte d'affaissement, et subsister ainsi jusqu'à la mort de l'individu.

Les exostoses syphilitiques sont plus faciles à guérir que les scrophuleuses.

Les exostoses compliquées de spina-ventosa et d'ostéo-sarcome sont très-graves.

Celles qui sont situées sur le trajet d'un nerf, d'une artère, peuvent, en acquérant un volume considérable, exercer une compression capable de paralyser ou d'atrophier les parties situées au-dessous d'elles.

Le pronostic des exostoses qui se sont développées dans l'une des trois cavités splanchniques, et qui compriment un organe essentiel à la vie, est très-fâcheux. Ces cas exceptés, aucune exostose, quelque volumineuse qu'elle puisse être, quelle qu'en soit la nature, n'est jamais mortelle par elle-même.

X. Anatomie pathologique. Considérée sous le point de vue nécroscopique, l'exostose peut se borner aux parties superficielles d'un os, en pénétrer l'intimité, ou bien encore communiquer dans la cavité médullaire, et, dans ce cas, l'oblitérer en partie ou en totalité.

Dans les exostoses éburnées et superficielles, les canaux d'Howsip les plus extérieurs sont remplis de carbonate de chaux, et le périoste est très-mince.

Dans les exostoses moins consistantes, le périoste est ordinairement très-épaissi, très-injecté; la substance compacte forme une élévation plus ou moins étendue en hauteur, en largeur et en profondeur; les lames qui la forment se détachent quelquefois au moyen d'un fort scalpel, avec autant de facilité que les couches d'un aubier peu résistant. « Si l'on soumet, dit M. Léon Boyer, à une macération un peu prolongée, des os ainsi altérés, et qu'on les expose pendant long-temps à l'air libre, on parvient à détacher les lamelles superposées, et l'on trouve au-dessous l'os parfaitement sain, comme le démontre l'examen microscopique. »

Le tissu cellulo-vasculaire de la substance spongieuse placée à l'entour ou au-dessous de l'exostose, est, pour l'ordinaire, très-injecté, surtout dans celle qui a eu une marche aiguë. Même observation a été faite pour la membrane médullaire.

Dans certaines exostoses qui ont été compliquées d'ostéo-sarcome, on trouve plusieurs points de la tumeur hypertrophiés, tandis que d'autres sont amincis. En perforant ces derniers, on observe des productions squirrheuses plus ou moins considérables.

Quelques tumeurs osseuses offrent aussi les caractères de l'exostose réunis avec ceux de l'abcès du canal médullaire (spina-ventosa purulent de quelques auteurs). Certaines présentent également, outre une exubérance de matière osseuse dans différentes portions de leur étendue,

et une raréfaction avec amincissement dans d'autres parties, une substance pultacée, encéphaloïde (spina-ventosa cancéreux).

XI. Diversité de nature de l'exostose. Il nous serait facile de trouver dans l'analyse des symptômes de cette maladie, dans l'exposé de ses différentes terminaisons, dans l'appréciation des résultats anatomo-pathologiques et l'examen des moyens curatifs, des preuves incontestables de cette diversité. Mais ce que nous avons dit dans l'étiologie nous dispense de chercher à l'établir par d'autres raisons et de nouveaux détails.

XII. Thérapeutique. Le traitement de l'exostose est médical et chirurgical. Dans le premier, on doit chercher à obtenir la résolution de la tumeur, si elle n'est pas trop ancienne, trop volumineuse, d'une consistance éburnée, ou bien tâcher d'en arrêter les progrès et de la rendre stationnaire lorsque sa fonte et sa diminution sont impossibles. Dans le second, il convient, à moins de quelque contre-indication, de détruire la tumeur par un procédé opératoire, soit lorsque, ayant déjà résisté aux ressources de la médecine proprement dite, elle donne lieu à une difformité dont le malade desire se débarrasser, soit quand elle est fort incommode ou qu'elle s'oppose à l'exécution d'une fonction importante. On doit la respecter, c'est-à-dire s'abstenir de toute médication, lorsqu'elle s'est en quelque sorte identifiée avec l'organisation, et qu'elle ne présente aucun de ces trois inconvénients.

Traitement médical. Quand la maladie est simple, idiopathique, ce qui a lieu bien rarement, il faut se borner à combattre l'intumescence provenant de l'ostéite par le repos, la position horizontale, un régime adoucissant, des boissons tempérantes, ainsi que par des applications sédatives et résolutives, telles que les embrocations avec l'huile de jusquiame camphrée, l'eau végéto-minérale, etc. La saignée, la diète absolue, les cataplasmes émollients sur la partie malade, les bains généraux, etc., ne seraient indiqués que dans les cas où la réaction deviendrait générale; mais cette éventualité ne s'est peut-être jamais rencontrée dans l'exostose purement locale.

Le traitement médical de toutes les autres espèces d'exostose est de deux genres: 1° celui des causes générales ou affectives et des complications; 2° celui de la tumeur elle-même.

Dans l'exostose vénérienne, les moyens indiqués contre la cause déterminante de l'affection ostéogénique, sont les mercuriaux, les préparations aurifères et les sudorifiques. A. Cooper regarde le deutochlorure de mercure comme le meilleur médicament interne que l'on puisse administrer au début de toute espèce de maladie profondément située dans le tissu d'un os, à plus forte raison au début de l'exostose syphilitique. Dupuytren a préconisé ce sel, combiné avec l'extrait de gayac et l'opium, contre les maladies syphilitiques anciennes. Nous avons été plusieurs fois témoin des bons effets de la méthode de Cyrillo dans les exostoses vénériennes du tibia et du fémur. On administre aussi avec avantage des bains dans lesquels on a fait dissoudre une certaine quantité de sublimé. On emploie très-communément encore la liqueur de Van-Swieten. Chez les personnes nerveuses, irritables, on doit préférer des mercuriaux plus doux, tels que le mercure soluble de Hahnemann, les pilules de Sédillot, les frictions avec l'onguent napolitain, etc. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que beaucoup d'individus ne peuvent être soumis à l'action des mercuriaux, sans que chez eux il survienne aussitôt un ptyalisme, et les divers symptômes constitutifs de la cachexie dite hydrargirienne. En pareille circonstance il convient d'avoir recours aux préparations d'or et aux sudorifiques. Si, comme nous avons eu occasion d'en voir des exemples, l'affection vénérienne était rebelle à toute préparation métallique, on pourrait essayer divers traitements que l'expérience a fait admettre, tels que celui de Laffecteur, celui dit arabique, etc.

Les douleurs ostéocopes dont sont généralement accompagnées les exostoses qui nous occupent en ce moment, réclament l'opium comme le sédatif le plus prompt et le plus héroïque. On peut le prescrire à l'extérieur et à l'intérieur. Pour le premier mode, on a souvent à se louer de l'application sur la tumeur de cataplasmes de farine de graine de lin cuite dans une décoction de feuilles de morelle et de jusquiame, auxquels on ajoute une forte dissolution opiacée. Les frictions avec le laudanum, la teinture thébaïque, ou bien avec une pommade contenant, par once d'axonge, huit grains d'acétate ou d'hydro-chlorate de morphine, ont été usitées quelquefois avec beaucoup de succès. Dans

quelques cas, on parvient aussi à triompher de la douleur au moyen d'applications emplastiques contenant l'extrait gommeux d'opium ou l'acétate de morphine. A l'intérieur, on administre l'opium sous forme pilulaire ou dissous dans une potion.

La persistance de l'exostose, malgré un traitement anti-syphilitique fort long, n'est pas un indice assuré de la persévérance de l'affection vénérienne, attendu qu'il arrive très-souvent que la tumeur osseuse, après avoir éprouvé une certaine réduction ou s'être arrêtée dans son accroissement, survit pour toujours à cette affection. On sera donc forcé à discontinuer tout-à-fait les moyens dont il vient d'être question, lorsque ceux qui sont réputés les plus efficaces auront été employés long-temps et sous diverses formes, que tous les autres symptômes de la syphilis constitutionnelle auront disparu depuis plusieurs mois, que la partie exostosée sera absolument indolente, et que le malade aura repris tous les signes de la santé.

Dans l'exostose subordonnée à une affection scrophuleuse, on devra s'appliquer à détruire cette dernière, en prescrivant, contre l'atonie qui en est la compagne habituelle, la respiration d'un air pur, l'exercice, un régime réparateur, le quinquina, les préparations ferrugineuses, le vin, les amers; et contre l'état spécial qui la caractérise, l'iode, l'hydro-chlorate de baryte, les oxides et le perchlorure d'or, les bains de mer, de Balaruc, etc.

Dans l'exostose qui coexiste avec le scorbut, il convient surtout de remédier à la mauvaise constitution chimique du sang, et à la faiblesse générale.

On a essayé de combattre l'affection ostéogénique au moyen des acides acétique et hydro-chlorique; plusieurs médecins l'ont attaquée aussi par le mercure, dans les cas même où la syphilis était complétement étrangère à la formation de l'exostose. Mais, jusqu'à présent, la science ne possède aucun moyen spécifique contre cette aptitude morbide.

Quant au traitement local convenable à toute espèce d'exostose, il consiste le plus ordinairement à dissiper la douleur, à déplacer l'irritation fluxionnaire lorsqu'elle existe, à provoquer dans la partie malade

un travail résolutif. Pour obtenir le premier résultat, on a recours aux applications opiacées. Le seul cas dans lequel on ait à combattre l'irritation phlogistique appartient à l'exostose aiguë. La douleur dont celle-ci est accompagnée, se distingue de la douleur nerveuse en ce qu'elle augmente par la pression ou par un léger choc. Elle exige l'application de quelques sangsues autour de la tumeur et de cataplasmes émollients; « mais il est rare, dirons-nous avec Boyer, qu'un traitement anti-phlogistique et surtout que la saignée soient admissibles, quelles que soient les apparences d'inflammation..... Des moyens de ce genre auraient l'inconvénient d'affaiblir considérablement le sujet, dès le début d'une maladie dangereuse tout à la fois par sa violence et par sa durée? » Pendant ou après le traitement général, on doit, si les douleurs ont disparu ou ont été calmées, favoriser ou solliciter la résolution de la tumeur par les emplâtres de *vigo cum mercurio*, ou d'extrait de *daphne mezereum*, par les douches avec les eaux hydro-sulfurées, les bains alcalins ou hydro-sulfureux et les vésicatoires.

Traitement chirurgical. L'ablation de la tumeur est le seul moyen efficace dans les exostoses dont la cause interne a été détruite, et dont il est impossible d'obtenir désormais la moindre diminution à l'aide des moyens généraux ou locaux. Mais cette ablation ne doit être pratiquée que dans les cas où l'intumescence comprime quelque organe important, occasionne beaucoup de douleur, altère la santé, ou cause une difformité dont le malade veut être débarrassé à tout prix. Dans la supposition contraire, il serait imprudent d'entreprendre une guérison plus complète. On sent aussi qu'il faudrait ne pas songer à l'opération, si la tumeur était située de manière à ne pouvoir être enlevée sans danger.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, *Examinateur.*	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES, *Examinateur.*	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD, *Suppléant.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENE, Président.	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET, *Examinateur.*
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE, *Examinateur.*
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Suppléant.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.